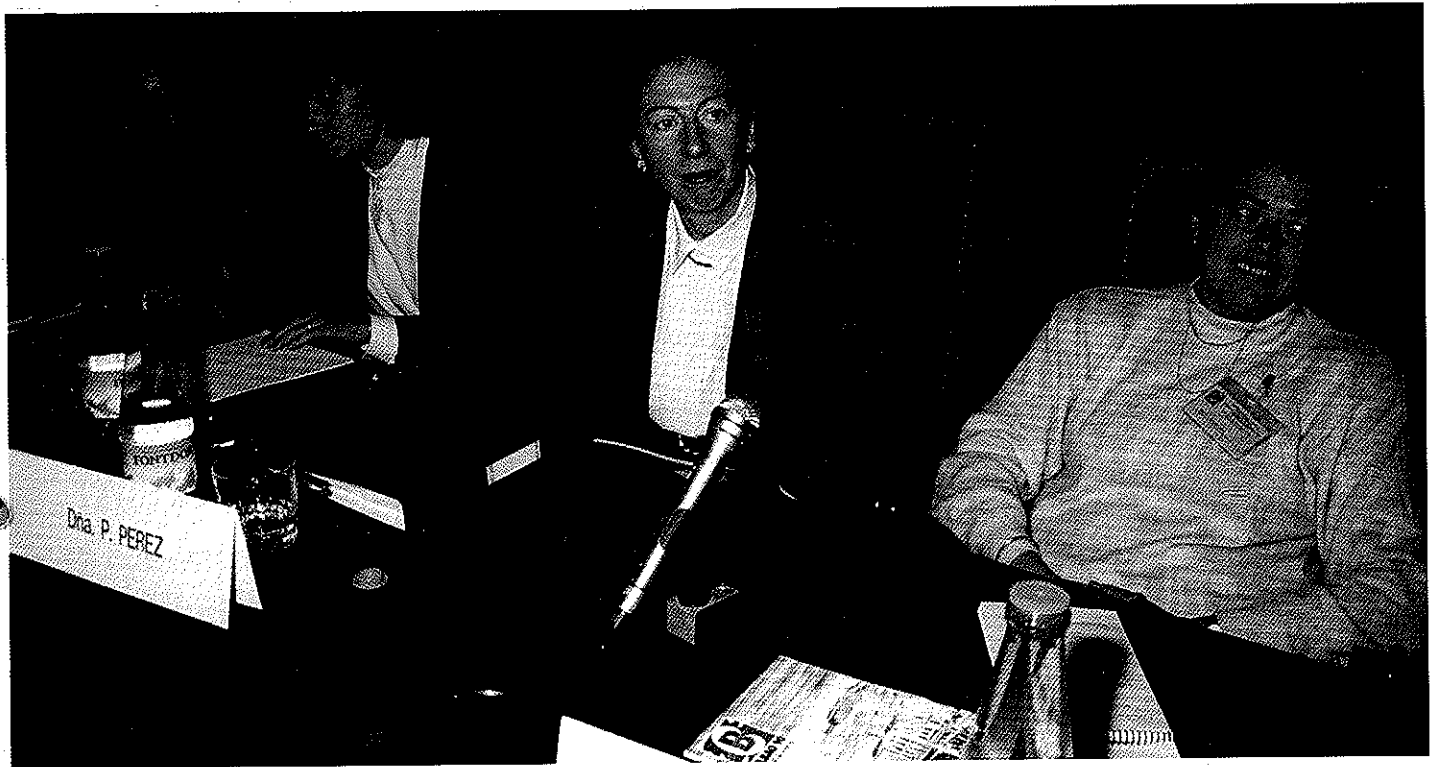


# CONTROL DE CALIDAD

MESA  
REDONDA



## Introducción

Francesc Casado i Zurrigel  
Hospital de Bellvitge

Ante todo expresar mi satisfacción por el hecho de encontrarme en un acto de las características del que nos ocupa, dada la progresiva importancia que la calidad ha ido adquiriendo en nuestros modos de actuar. Es un evidente acierto de la organización el haber incluido un tema como éste, al que modestamente trataré de aportar algún dato y aspecto que pueda ser de utilidad.

### CALIDAD EN ENFERMERIA

Virginia Hendersson nos aporta una definición de la función propia de Enfermería. Según ella «consiste en atender al individuo enfermo o no, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento, actividades que reali-

*zaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad, o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.»*

El que hayamos adecuado de un modo preciso la atención que requiere el paciente según sus necesidades particulares, nos conducirá a la consecución de la calidad en nuestros actos.

Así pues, un concepto de calidad que podrá ser válido como definición podrá ser el siguiente:

*«La calidad de la atención de Enfermería consiste en la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado restituirle.»*

No hace aún demasiados años, en nuestro país la calidad de la asistencia era algo con ribetes de misterioso. Era real, se podía percibir, se la apreciaba, pero... no se consideraba susceptible de medición. Tal parecía que la sola intención de acotar la calidad mediante su medición pudiera, de algún modo, modificarla o incluso disminuirla.

En una posterior fase se buscó un quizás excesivo empirismo y tecnicismo: Se pretendían cuantificaciones basadas en medidas simples, sencillas y precisas de la calidad. Normalmente mayor era el grado de exigencia de este tipo de medidas cuanto mayor era el alejamiento de la práctica clínica profesional en Enfermería. Donabedian llega a decir jocosamente, que para algunos técnicos

## HISTORIA CONTROL DE CALIDAD

- 1900 FLORENCE NIGHTINGALE realiza informes críticos sobre la calidad de los hospitales militares británicos.
- 1914 COLDMAN.
- 1918 The Minimum Standar.
- 1952 Joint Comission. Accreditation Hospitals.
- 1955 Calidad unidades enfermería según anotaciones.
- 1960 DREKEN. Tiempos llamada/acudir orden/cumplir.
- 1960 Asociación Enfermeras USA publican su Primer Manifiesto sobre la formación para la asistencia sanitaria.
- 1962 MARIA PHANEUF introduce el AUDIT NURSING mediante la evaluación de los cuidados de enfermería revisando historias de pacientes dados de alta.
- 1966 D. SLATER introduce la «SLATER ROTING SCALE» SOBRE:
- Aspectos psicosociales individuales.
  - Aspectos del paciente en el seno de un grupo.
  - Aspectos físicos.
  - Aspectos generales.
  - Relaciones profesionales en el seno del personal de enfermería.
  - Implicaciones profesionales.
- 1966 DONABEDIAN. Gran influencia posterior de su clasificación en ESTRUCTURA/PROCESO/RESULTADO.
- 1970 M.A. DUNN destaca el uso de la observación directa como método de evaluación.
- 1973 ASOCIACION AMERICANA DE ENFERMERIA (ANA) propone un «modelo de garantía de calidad».
- 1973 M.A. VANDELT elabora el método QUALPACS (escala de calidad de cuidados dados al paciente).
- 1974 R.C.JELINEK presentan el método RUSH MEDICUS, basado en una gran escala de criterios para evaluar las categorías de pacientes sobre la base de cargas de trabajo.
- 1975 R. MARTEL introduce elementos de valoración de la satisfacción de las necesidades individuales del paciente.
- 1977 B.J.HORN se basa en el modelo de necesidades de D.OREM (Ventilación, aporte de agua, aporte de alimentos, eliminación de desechos, reposo o actividad, soledad o relaciones humanas, protección, sentimiento de pertenencia) y evalúa la satisfacción de ellas.
- 1979 La ORDEN DE ENFERMERAS DE QUEBEC, presenta un modelo de CALIDAD DE CUIDADOS con ESTRUCTURA; CONTENIDO, RESULTADO, PROCESO e IMPACTO.
- 1981 M. BREUIL describe el proceso de NURSING AUDIT, según su método EQSI (Evaluación calidad cuidados de Enfermería) y destaca la importancia de la actitud del personal.
- 1982 M. CHAGNON presnetta el MAQSI, por el que se elabora un instrumento de medida que permita evaluar los resultados de los cuidados de enfermería que reciben los pacientes hospitalarios.
- 1983 A. JACQUERYE publica la guía para la evaluación de la calidad de los cuidados de Enfermería.

**La calidad de la atención de Enfermería consiste en la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado restituirle.»**

medir la cantidad de la asistencia es como si de pesar sacos de patatas se tratara.

Podría aceptarse que ciertos componentes de la Calidad de Cuidados de Enfermería podrían incluirse en lo anteriormente expuesto.

Pero sería desvalorizar la profesión y minimizarla el considerar que lo esencial de la misma es su componente técnico, olvidando todo el aporte humanístico y personal que requiere la correcta atención del paciente.

La relación con el paciente podría estructurarse en los siguientes aspectos:

- Afectivo, o de establecimiento de una relación de confianza.
- Cognoscitivo o de definición de las necesidades de atención y/o de salud que presenta el paciente, (a través del diagnóstico de Enfermería).
- Activo o de aplicación de las acciones y técnicas de enfermería precisas.
- Etico, en el que el enfermero/a se muestra consciente de sus

capacidades, vigilante con respecto a las condiciones de la asistencia y motivado por el bien o beneficio de la persona atendida.

Es por tanto evidente que todo lo anterior será preciso para definir una calidad óptima en la atención de Enfermería.

**¿POR QUÉ CONTROL DE CALIDAD EN ENFERMERIA?**

Margarita Peya con su habitual claridad nos proponía en 1985 tres razones:

- Las exigencias de gestión.
- La demanda social.
- Los imperativos profesionales.

Estas razones son aún perfectamente válidas. Pero además, en un contexto como el nuestro en el que se valoran altamente ciertos conceptos como eficacia, eficiencia y productividad, se prioriza primero el apropiado aprovechamiento de las acciones y cuidados de Enfermería y segundo la adecuación de los mismos. Para garantizar lo primero podría ser suficiente con la supervisión bien dispuesta. Para lo segundo, si se desea proporcionar una alta calidad en la atención es imprescindible que enfermería desarrolle normas en el cuidado de los pacientes y metodología apropiada de evaluación para que la profesión de enfermería desarrolle sus potencialidades.

Vuori, por su parte, en un contexto más general, indica que existen tres razones para el necesario control de calidad.:

- Motivos éticos: El valor social del servicio de salud implica que los servicios prestados son los mejores que pueden darse con los medios disponibles.
- Motivos de seguridad: La comunidad exige que la competencia de los profesionales esté garantizada, dado que son los únicos capacitados para impartir asistencia sanitaria.

- Motivos económicos: Se precisa una eficiencia pues los recursos son escasos y las necesidades crecientes.

En el momento actual la preocupación fundamental no debe ser el Control de Calidad entendido como medida, sino la definición de los niveles óptimos de calidad que podemos dar y su garantía profesional. Es en este sentido en el que el control será válido y útil.

**Si se desea proporcionar una alta calidad en la atención es imprescindible que enfermería desarrolle normas en el cuidado de los pacientes y metodología apropiada de evaluación para que la profesión de enfermería desarrolle sus potencialidades.**

Por último más reflexiones:

Los enfermeros/as de Nefrología son un grupo de profesionales, que frecuentemente se halla convencido de sus altos estándares profesionales y, por supuesto, éti-

cos. Su formación, capacitación y habilidades lo confirman sobradamente. A veces la propuesta de que las actividades que desarrollen podrían alcanzar más altos niveles si se definieran niveles de calidad y metodologías para su control puede ser considerado como un agravio. El hecho de que logren un alto grado de especialización y que por regla general permanezcan largo tiempo en contacto con los mismos pacientes puede llevar a la suposición de que sus juicios de valor tienen el rango de indiscutibles.

Esto puede llevar al rechazo de sistemas de garantía de calidad. Es preciso que como colectivo prosigamos en el esfuerzo de ver el proceso de Control de Calidad como una obligación ética y como una defensa de nuestros conocimientos frente a otros pseudoprofesionales.

En mi opinión la Enfermería Nefrológica está en buen camino.

Pero debe quedar claro que aún hay bastante camino por recorrer, por aprender, por conseguir. Nos interesa conocer mucho mejor cuales son las actividades que desarrollamos, cuáles son sus consecuencias en la Calidad de Vida de los pacientes. Nos conviene identificar y comprender mejor la relación con el paciente y determinar cómo contribuimos con nuestras actividades a su salud y bienestar. Y el gran objetivo es ser capaces algún día, de lograr evaluaciones de la calidad verdaderamente individualizadas según la gran diversidad de situaciones y circunstancias que el paciente puede llegar a presentar, y que afectan indudablemente a nuestras acciones.

Pero no puedo por menos que sentirme optimista cuando se ve el nivel de progreso que la Enfermería Nefrológica tiene, y la firme voluntad que todos demostráis delante del reto de garantizar la Calidad de los Cuidados de Enfermería.